

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1898-1899. — N° 183

NOUVEAU PROCÉDÉ
D'Hystérectomie Abdominale
avec Marsupialisation péritonéale temporaire

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 26 Juillet 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

CHARLES DIOT

Ancien externe des Hôpitaux de Lyon

Né à Ouroux, le 14 juin 1874



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Belle-Cordière, 14

—
1899

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-1899. — N° 183

NOUVEAU PROCÉDÉ
D'Hystérectomie Abdominale

avec Marsupialisation péritonéale temporaire

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 26 Juillet 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

CHARLES DIOT

Ancien externe des Hôpitaux de Lyon

Né à Ouroux, le 14 juin 1874



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Belle-Cordière, 14

1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
LACASSAGNE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des Maladies mentales		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		MONOYER.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée		CAZENEUVE.
Anatomie		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée		TRIPIER.
Médecine légale		POLLOSSON (M.).
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie.		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes M. LAROYENNE

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL,	agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.	—
Accouchements.	POLLOSSON. (A.)	—
Botanique.	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	ROLLET.	DURAND.	PAVIOT.
CONDAMIN.	ROUX.	DOYON.	NOVÉ-JOSSERAND.
COURMONT.	COLLET.	BARRAL.	BÉRARD.
DEVIC.	BOYER.	MOREAU.	BORDIER.
POLLOSSON (A.)	VALLAS.	PIC	SAMBUC.
ROCHET.	SIRAUD.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LAROYENNE, Président ; M. POLLOSSON A., Assesseur ;
MM. ROCHET et SIRAUD, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

AVANT-PROPOS

Les fonctions de secrétaire que nous avons remplies auprès de M. le professeur Laroyenne, dans son service gynécologique de la Faculté, les leçons essentiellement cliniques de ce Maître nous ont inspiré un intérêt tout spécial pour les questions gynécologiques.

Il en est une qui a soulevé déjà bien des discussions: c'est la question de savoir quel procédé d'hystérectomie l'on doit employer pour l'ablation des volumineux fibromes.

Depuis le jour, en effet, où l'hystérectomie pour fibromes naquit d'une surprise opératoire, les procédés se sont multipliés à l'infini.

L'histoire de cette première hystérectomie est à rappeler. Walter Brunham, de Lowel, opérait, en 1853, une malade chez laquelle il avait diagnostiqué un kyste de l'ovaire. Mais la patiente s'étant mise à vomir, les efforts extériorisèrent un fibrome de l'utérus. La tumeur ne put être réduite *in situ* et Brunham se vit forcé de l'enlever. L'hystérectomie supra-vaginale était constituée. La guérison de cette

malade encouragea à pratiquer l'ablation des utérus fibromateux.

Depuis, les procédés opératoires se sont modifiés et ont créé de multiples discussions sur leur valeur réciproque, discussions qui nous ont vivement intéressé.

Ayant eu l'occasion, il y a quelques mois de voir pratiquer, par M. Villard, chirurgien des Hôpitaux, dans le service gynécologique de M. Auguste Pollosson, une hystérectomie abdominale totale, avec conservation d'une volumineuse collerette péritonéale destinée à la fois à isoler le champ opératoire et à fermer ensuite la cavité péritonéale, nous avons prié M. Villard de nous confier l'étude et la discussion de ce mode opératoire. Il nous a puissamment aidé dans ce travail et nous le prions de croire à notre bien sincère reconnaissance.

A la fin de nos études, nous sommes heureux de donner un public témoignage de reconnaissance à tous ceux qui les ont dirigées, à nos maîtres dans les hôpitaux et principalement à MM. Rochet, Aug. Pollosson, chirurgiens des Hôpitaux, M. Rabot, médecin des Hôpitaux, dont nous avons eu l'honneur d'être l'externe.

En acceptant la présidence de notre thèse, M. le professeur Laroyenne nous fait un grand honneur que nous savons apprécier et que nous n'aurons garde d'oublier.

DIVISION

Nous diviserons notre modeste travail en cinq parties :

I. — Dans la première, nous passerons brièvement en revue les différentes méthodes d'hystérectomies abdominales ou, tout au moins, les plus en faveur actuellement.

II. — Nous discuterons dans la deuxième les indications de ces divers procédés, leurs avantages et leurs inconvénients.

III. — La troisième partie sera consacrée à la description du procédé spécial.

IV. — Nous donnerons ensuite les observations que nous a confiées M. Villard.

V. — Nous terminerons par la discussion de la valeur de ce procédé d'hystérectomie abdominale totale avec marsupialisation péritonéale temporaire.

CHAPITRE PREMIER

Considérations générales sur les divers procédés d'hystérectomies abdominales

La thérapeutique chirurgicale des fibromes utérins s'est enrichie, dans ces dernières années, d'un très grand nombre de procédés opératoires. Chaque chirurgien, pour ainsi dire, a apporté quelque modification au manuel opératoire employé et à l'heure actuelle, on peut dire qu'il n'est pas de procédé absolument classique ; aussi, dans cet exposé général des méthodes qui cherchent l'ablation des fibromes utérins par la laparotomie devons-nous envisager les principaux procédés employés en les groupant suivant l'idée directrice qui a inspiré leur manuel opératoire.

Voulant décrire, dans ce travail, une modification de l'hystérectomie abdominale totale qui, seule convient à l'extraction des gros fibromes, il ne pourra être question, dans cette étude, de la voie vaginale dont les indications sont très restreintes.

La voie abdominale permet, soit d'enlever la tumeur en conservant le tissu utérin et en décortiquant les noyaux néoplasiques, c'est là la *myomectomie*; soit d'enlever le muscle utérin et fibro-myomes contenus dans son intérieur, c'est là l'*hystérectomie abdominale*.

Nous ne parlerons pas de la myomectomie; c'est là une méthode spéciale applicable à certains cas particuliers, à ceux où le fibrome se laisse facilement décortiquer et surtout à ceux où la tumeur est unique ou formée de noyaux peu nombreux.

Nous nous étendrons sur l'hystérectomie abdominale. Nous ne localiserons pas uniquement notre étude à l'hystérectomie abdominale totale. Lorsqu'on se trouve en présence d'un gros fibrome utérin indiquant l'ouverture de l'abdomen on devra choisir entre l'ablation totale de la tumeur, ou la conservation du col utérin comme pédicule.

Le fait d'enlever la totalité de l'utérus ou de conserver la région cervicale divise les hystérectomies abdominales en deux grands groupes:

Hystérectomies abdominales totales ;
Hystérectomies supra-vaginales.

Dans ce dernier groupe, on trouve une série considérable de procédés opératoires. Toutes les variantes dérivent de la ligne de conduite que l'on prend vis-à-vis du moignon du muscle utérin restant: cette surface de section est, en effet, la source d'hémorragies possibles, elle peut, en outre, devenir par la

section du canal cervical la source d'infections péritonéales graves.

On a tout d'abord tenté de fixer à l'extérieur de la cavité abdominale le pédicule engagé dans l'incision pratiquée dans la paroi de l'abdomen, ce sont les procédés d'*hystérectomie abdominale supra-vaginale avec pédicule externe*.

Le procédé de Hégar peut en être considéré comme le type; des modifications y ont été apportées par Bantock (1894), par M. le professeur Laroyenne, mais l'idée principale persiste. Il consiste à enserrer, par une ligature élastique très forte, la base de la tumeur utérine, luxée au travers de la paroi abdominale de façon à assurer l'hémostase par compression. Des broches d'acier, qui transfixent le tissu utérin à ce niveau et qui prennent leur point d'appui sur la paroi abdominale, empêchent la réintégration du pédicule lorsque la section de la tumeur est pratiquée au ras des broches. La paroi abdominale, fermée à sa partie supérieure par des sutures méthodiques vient étrangler en quelque sorte le pédicule ainsi laissé à l'extérieur. Des adhérences péritonéales se forment autour de lui, protégeant la grande séreuse contre les infections qui pourraient venir du dehors, surtout lors de la mortification du tissu utérin enserré par la ligature élastique. Lorsque cette mortification se produit, la ligature tombe, la rétraction du pédicule se produit, des bourgeons charnus viennent combler la cavité ainsi créée, et enfin au bout de plusieurs semaines, la cicatrisation abdominale est définitivement constituée.

Afin d'éviter plus sûrement l'infection du péritoine M. le professeur Laroyenne a imaginé le procédé dit de la collerette. Ce procédé consiste à décoller de la tumeur une collerette péritonéale, à placer le lien classique à même sur le tissu utérin, et, en fixant cette collerette au péritoine pariétal, à marsupialiser ainsi le pédicule utérin.

Dans le but d'accélérer l'élimination du pédicule mortifié, M. le professeur agrégé Pollosson a recours souvent, dans sa pratique, à l'évidement aux ciseaux du moignon utérin, évidemment qu'il pratique aussitôt que des adhérences péritonéales protectrices suffisantes se sont constituées.

Les inconvénients de cette surface cruentée laissée à la partie inférieure de l'incision abdominale ont conduit certains auteurs à fixer le pédicule non plus en dehors, mais à la face profonde de la paroi abdominale, c'est le procédé de l'*hystérectomie à pédicule intra-pariétal* utilisé, en 1884, par Wolfier et Hacker. Le moignon utérin, au lieu d'être excisé à plat, est excisé en coin. Les deux surfaces ainsi en présence sont suturées, l'hémostase est assurée par des ligatures et le moignon ainsi préparé est fixé profondément au péritoine pariétal, alors qu'une suture superficielle réunit au devant de lui, la section de la paroi abdominale.

A côté de ces méthodes qui obtiennent une grande sécurité en gardant, en quelque sorte, sous les yeux le pédicule qui peut saigner ou suppuré, d'autres opérateurs, prenant en considération : 1° les tiraillements toujours exercés par le pédicule sur la pa-

roi abdominale et 2^o dans d'autres circonstances, par suite de la forme anatomique du fibrome, l'impossibilité de faire un pédicule externe, ont imaginé d'abandonner ce pédicule dans l'abdomen. Ce sont là les procédés d'*hystérectomie supra-vaginale avec pédicule intra-péritonéal*. Citons comme attachés à cette méthode les noms de Schroeder, d'Olshausen, de Zweifel, d'Hofmeier; les uns comme, Olshausen, abandonnent le pédicule avec une ligature élastique perdue, les autres comme Schroeder, Zweifel décolent de petits lambeaux péritonéaux dont ils recouvrent la surface de section pour éviter les inconvénients connus des surfaces cruentées abandonnées dans l'abdomen. Hofmeier, en 1888, laissait béant le canal cervical sectionné, le considérant comme un canal de drainage de la cavité pelvienne.

Ces procédés donnaient pourtant une mortalité si considérable que Chroback, suivi plus tard par Doyen, dans cette voie, cachait le pédicule utérin sous deux grands lambeaux péritonéaux disséqués sur les faces antérieure et postérieure de l'utérus.

Malgré toutes ces modifications le fait d'abandonner le pédicule dans la cavité abdominale était d'un si grand danger que l'idée est venue d'enlever le moignon utérin par la voie vaginale; et il est remarquable de voir combien, en chirurgie, on a été du composé au simple, car il a fallu passer par ce procédé intermédiaire pour arriver à la méthode simple qui tend aujourd'hui à prendre la place prépondérante et qui est l'hystérectomie abdominale totale.

Les procédés mixtes d'ablation de l'utérus par la

voie abdominale et du col par la voie vaginale sont connus sous le nom d'*hystérectomie totale combinée* et, dans cette classe, on peut faire deux variétés. Les uns, tels que Martin, Goullioud de Lyon, Bouilly et Péan commencent par l'extirpation du corps de la tumeur par la voie abdominale et terminent par l'ablation du pédicule par la voie vaginale, c'est la *méthode abdomino-vaginale*; les autres, à la suite de Bardenhauer, commencent par l'extirpation du col et suivent ainsi une marche opératoire inverse, ce sont les partisans de la *méthode vagino-abdominale*.

L'usage de ces méthodes complexes amenait peu à peu les chirurgiens à reprendre l'*hystérectomie abdominale totale* qui avait été pratiquée, en 1878, par Freund, puis par Martin et que les difficultés opératoires avaient fait abandonner. Au début, il semble que la crainte de l'hémorrhagie ait préoccupé surtout les chirurgiens, et l'on est frappé, dans la description, des minuties opératoires pour tout ce qui concerne la ligature des vaisseaux et de l'encombrement de l'arsenal chirurgical à ce point de vue.

A l'heure actuelle, il semble que, de tous les procédés primitifs, bien peu subsistent; l'instrumentation plus perfectionnée a fait abandonner les méthodes compliquées, aussi ne voulons-nous exposer ici que les divers procédés-types : les procédés de Richelot, de Doyen et le procédé, dit américain, adopté en France par Segond, car ces procédés résument l'histoire de tous les autres actuellement employés.

Le procédé que Richelot décrivait en avril 1895, sous le nom de « mon procédé définitif », procédé dans lequel, associant la voie vaginale à la voie abdominale, il plaçait des pinces à demeure sur les ligaments larges, Richelot le modifiait lui-même et présentait son nouveau mode opératoire en avril 1897, dans la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*.

Dans ce nouveau procédé, Richelot nous explique qu'il a cherché surtout une grande simplicité dans le manuel opératoire, qu'il n'a rien ajouté aux procédés actuels, mais, au contraire, qu'il a retranché systématiquement « tout ce qui était inutile », tout ce qu'il était possible de supprimer sans compromettre le succès final de l'opération et la sécurité de la malade.

Nous allons résumer sa façon d'agir. La masse fibromateuse, luxée à travers la paroi abdominale, est maintenue élevée au moyen des pinces à traction, il libère les ligaments larges et par une incision transversale allant de l'un à l'autre, il décolle un lambeau péritonéal antérieur en refoulant la vessie dans le bassin. A ce moment, il place trois pinces languettes échelonnées, la première sur la corne, la deuxième en dehors des annexes, la troisième sur l'artère utérine « facile à voir par transparence dans le tissu paramétrique ». La section des ligaments larges est alors rapidement faite. Il suffit ensuite, pour détacher l'utérus, de pratiquer circulairement l'incision vaginale, en pénétrant de biais dans le tissu utérin, de façon à en laisser un peu à chaque

lèvre de la plaie vaginale. Par ce procédé, la plaie vaginale est plus étroite, l'affrontement et l'occlusion plus faciles. L'hémostase est ensuite pratiquée par des ligatures sur l'utérine et l'utéro-ovarienne. Le lambeau antérieur est rabattu pour recouvrir le moignon et l'opération se termine sans drainage par occlusion complète de la cavité abdominale.

Second, dans la même *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, trois mois plus tard, reprochait au procédé de Richelot, sa fausse apparence de simplicité, dissimulant de véritables difficultés et dangers opératoires. M. Segond n'admet que deux procédés : celui de Doyen et surtout le procédé, dit américain, qu'il a vu expérimenter et qu'il a adopté, parce qu'il convient à tous les cas et qu'il réalise la plus grande simplification opératoire.

« L'idée caractéristique de ce procédé, dit M. Segond, est de pratiquer l'ablation en bloc et par incision continue de gauche à droite et de droite à gauche : « by continuous incision from left to right or from right to left », suivant que la disposition des lésions rend plus facile l'une ou l'autre de ces deux directions ».

Le plan général de l'opération est très simple : on se porte directement sur le ligament large gauche, on lie l'artère utéro-ovarienne en dehors des annexes, une pince est appliquée du côté de l'utérus et on sectionne l'aileron ; on traite de même l'artère du ligament rond et l'on arrive sur l'utérine qui, libérée, est également liée, ce qui permet d'achever la section du ligament large. D'un coup

de ciseaux, on pénètre alors dans le vagin; le col est pris avec une pince de Museux; on le libère en arrière, puis en avant, en conservant un lambeau péritonéal suffisant. L'utérine, du côté droit, est alors trouvée et liée, et l'on traite l'utéro-ovarienne et l'artère du ligament rond comme on l'a fait à gauche. La tumeur est enlevée, l'hémostase est parachevée soigneusement; un surjet péritonéal supprime les surfaces cruentées et l'on a la possibilité, soit de faire un drainage vaginal, soit de pratiquer, avec le lambeau péritonéal antérieur, l'occlusion régulière de la grande cavité.

Le procédé de Doyen est plus expéditif et, partant, plus élégant. Le principe dominant en est que l'hémostase sera plus facile à ciel ouvert quand la tumeur sera enlevée et l'auteur s'est surtout appliqué à obtenir une ablation rapide de la tumeur. Son manuel opératoire est le suivant. La tumeur étant soulevée au-dessous de l'incision abdominale, après avoir incisé au bistouri le cul-de-sac postérieur et sectionné les attaches latérales, M. Doyen va chercher la lèvre antérieure du museau de tanche et fait basculer la tumeur sur le pubis tandis qu'il termine la libération du col en avant sans risquer de blesser la vessie ou de sectionner les uretères.

Les ligaments larges sont successivement sectionnés, celui de droite d'abord, tandis que, par un mouvement de rotation vers la gauche, la tumeur se décortique de son péritoine, et enfin celui de gauche. M. Doyen pratique alors quatre ligatures, sur les artères utéro-ovariennes, et sur les artères uté-

rines. Une suture sur la tranche péritonéo-vaginale termine l'hémostase, et le péritoine est fermé par une double suture en bourse.

Pour n'ouvrir à aucun moment donné la cavité vaginale et éviter ainsi toute cause d'infection par cette voie, M. Goullioud a eu l'idée de placer sur ce conduit deux pinces clamp étagées l'une au-dessous de l'autre, de sectionner le vagin au thermo-cautère entre ces deux pinces.

M. H. Delagénier (Le Mans), dans un procédé se rapprochant par quelques points de celui de Richelot, dissèque systématiquement une collerette destinée à l'occlusion de la cavité pelvienne. Nous verrons, dans le chapitre suivant, pour quelles raisons cette dissection méthodique nous semble préférable à la décortication péritonéale de la masse fibromateuse telle que la pratique M. Doyen.

CHAPITRE II

Examen critique des différentes méthodes d'hystérectomie abdominale.

Nous avons vu, dans le précédent chapitre, qu'en somme, les procédés d'hystérectomie abdominale sont groupés d'après trois types : ceux où l'on n'enlève que la portion supra-vaginale de l'utérus, en fixant le pédicule à la paroi; ceux où, tout en conservant la portion vaginale, on abandonne le moignon dans l'abdomen, et ceux, enfin, où l'utérus est enlevé en totalité. Ces trois types de procédés opératoires sont, pour ainsi dire, nés les uns des autres, chacun présentant des avantages et des inconvénients que l'on a cherché à atténuer par des modifications opératoires. C'est la discussion de ces avantages et de ces inconvénients que nous désirons faire dans ce deuxième chapitre.

1^o Hystérectomie supra-vaginale avec pédicule externe. — Les procédés d'hystérectomie, avec

fixation du pédicule à la paroi ont joui et jouissent encore d'une très grande faveur parmi les chirurgiens; si la méthode-type de Hégar a subi, comme nous l'avons vu, des modifications de détail, elle n'en est pas moins restée une méthode de choix dans un très grand nombre de circonstances. Ce qui a fait le succès de ce procédé, c'est la sécurité qu'il donne; cette sécurité est due à la facilité de l'hémostase et à la diminution considérable des chances d'infection péritonéale. En effet, lorsque le pédicule est luxé au dehors, que sa surface de section est directement sous les yeux du chirurgien, alors même que la ligature élastique lâcherait ou serait insuffisamment serrée, qu'une hémorrhagie se produirait, il serait facile de s'en rendre maître par une forcipressure directement appliquée sur les vaisseaux saignants. De même en présence d'hémorrhagies secondaires, l'hémostase sera facile. Quant aux chances d'infection péritonéale, on comprend aussi qu'elles soient diminuées; il est possible, en effet, aussitôt que la paroi abdominale est incisée, d'attirer rapidement au travers de son ouverture l'utérus fibromateux, de resserrer aussitôt les lèvres de la plaie abdominale, de pratiquer la ligature et l'excision de la région cervicale utérine. Les manœuvres intra-abdominales ont été réduites ainsi au minimum de temps et les chances de péritonite secondaire considérablement réduites.

On voit, par ces considérations, combien ce procédé a pu rendre de services à une époque où l'antiseptie était mal ou insuffisamment faite et où la

mortalité au cours d'interventions sur les fibromes était considérable. C'est la sécurité procurée par cette manière de faire, qui fait qu'à l'heure actuelle certains chirurgiens, et non des moins expérimentés, reconnaissant des succès qu'elle leur a donnés, ont encore recours d'une façon à peu près systématique à l'hystérectomie supra-vaginale avec pédicule externe dans le traitement des volumineux fibromes utérins.

Mais, à côté des avantages que nous venons d'énumérer, l'hystérectomie ainsi faite présente des inconvénients.

Tout d'abord, dans un certain nombre de circonstances, c'est un procédé auquel on ne pourra avoir recours en raison de la forme anatomique de la tumeur ; nous voulons parler des cas où le fibrome est enclavé dans les ligaments larges qu'il a décollés et où il est impossible, par conséquent, de l'attirer au dehors. Il en est de même de ces cas où la tumeur fibromateuse s'est développée dans la région du col et où le point qui devrait répondre à la formation du pédicule est constitué par la tumeur elle-même. Dans ces conditions, il est impossible de poser une ligature et il faudrait faire passer le couteau en plein tissu fibromateux.

Un autre inconvénient du pédicule externe réside dans la lenteur de la cicatrisation ; il faut, pour que celle-ci se produise, que les parties enserrées par la ligature élastique se soient mortifiées et éliminées et que la prolifération des bourgeons charnus, toujours lente, soit parvenue à combler la brèche.

Pendant ce travail, qui demande plusieurs semaines, des accidents infectieux peuvent se développer dans la paroi abdominale, l'infection de la ligne des sutures peut se produire et nous avons connaissance d'un cas, où une femme succomba vers le dixième jour, par suite d'un phlegmon gangréneux de la paroi abdominale qui survint, alors que la malade était en voie de guérison et sans qu'on pût y trouver une cause véritable.

Enfin, les suites éloignées des hystérectomies avec pédicule externe ne sont peut-être pas aussi favorables qu'on pourrait s'y attendre ; certaines femmes éprouvent des tiraillements, des douleurs vagues, une pesanteur dans le bas-ventre. phénomènes qui sont en rapport avec les adhérences pathologiques créées par l'opération. Nous n'insistons pas sur les cas, très rares, où l'on a vu de nouveaux fibromes apparaître dans le moignon utérin restant, par suite de la persistance de noyaux fibromateux incomplètement énucléés.

En résumé, l'hystérectomie supra-vaginale, avec pédicule externe, présente des conditions de sécurité opératoire très grandes, mais elle entraîne à sa suite des inconvénients multiples et, s'il était possible de retrouver la même sécurité avec l'hystérectomie totale, cette dernière deviendrait évidemment l'opération de choix. Nous reviendrons tout à l'heure sur ce point de savoir s'il n'est pas possible de donner à l'hystérectomie totale de très grandes conditions de sécurité.

2° *Hystérectomie supra-vaginale avec pédicule abdominal.* — Les inconvénients que nous avons signalés en rapport avec la fixation du pédicule à la paroi et en particulier l'impossibilité de fermer la plaie abdominale, la longueur de la cicatrisation ont encouragé les opérateurs à abandonner le pédicule utérin dans le ventre.

Ces tentatives ont été accompagnées d'une augmentation considérable de la mortalité et, de fait, il est certain que les chances d'hémorrhagie, et surtout d'infection, sont considérablement augmentées.

Les chances d'hémorrhagies sont nombreuses, car on ne peut songer, comme l'a pourtant fait Olshäusen à placer une ligature élastique sur le pédicule et à abandonner celui-ci sans autre précaution dans le ventre, la mortification des tissus, leur infection par le canal cervical, étant des causes à peu près certaines de péritonites secondaires. Il faut donc avoir recours à des sutures hémostatiques, à des ligatures sur les vaisseaux qui saignent, manœuvres qui prolongent l'acte opératoire et qui ne donnent pourtant pas une sécurité absolue, car on a signalé des hémorrhagies post-opératoires dues à la fâcheuse propriété qu'a le tissu utérin de saigner facilement et cela plusieurs heures après les interventions. Ce fait a surtout été constaté au cours des myomectomies.

Le plus grand danger des pédicules perdus, c'est l'infection du péritoine, infection qui se fait surtout par le canal cervical. Ce canal est à peu près impossible à aseptiser, et même l'emploi du thermo-

cautère qui ne cautérise que ses parties supérieures, ne met-il pas complètement à l'abri de l'infection. Dans les pédicules perdus, même après une toilette soignée du moignon utérin et une suture bien faite des lambeaux péritonéaux rabattus à sa surface, l'infection partie de la cavité cervicale pourra créer un abcès au niveau de la tranche de section, source possible d'une péritonite ultérieure.

Les statistiques sont venues confirmer ces craintes théoriques et Zweifel, au Congrès de Rome, comparant les deux méthodes, celle à pédicule externe, et celle à pédicule perdu trouvait une augmentation de la mortalité de 12% pour cette dernière. Si donc l'abandon du moignon utérin dans l'abdomen accélère la guérison de certains malades, elle fait courir aux autres des chances de mortalité plus considérables, et nous pensons que, pour cela, elle ne doit être qu'exceptionnellement employée.

3° *Hystérectomie abdominale totale.* — Les ennuis du pédicule externe, les dangers du pédicule perdu devaient pousser les opérateurs à l'hystérectomie abdominale totale et, de fait, dans ces dernières années, celle-ci a considérablement étendu ses indications. C'est là, évidemment, l'opération idéale, l'opération de l'avenir. Il s'agit, en effet, d'une intervention radicale permettant une occlusion complète et par première intention de la paroi abdominale, et mettant à l'abri des chances de péritonite venues du pédicule. Nous devons donc étudier attentivement les différents procédés opératoires. Tous n'ont pas

la même valeur; les uns sont longs et compliqués, d'autres exposent à l'infection; nous aurons à chercher les conditions qui assurent le plus parfaitement la sécurité de la malade.

Toutes les méthodes abdomino-vaginales ou vagino-abdominales nous semblent, tout d'abord, devoir être écartées, ce sont là des procédés de transition qui ont eu leurs indications à une période déterminée, mais qui doivent être, aujourd'hui, abandonnés. S'ils étaient de mise à un moment où les manœuvres pelviennes étaient difficiles par la voie abdominale, en raison de la présence des anses intestinales, les modifications actuelles de la technique et du matériel opératoire ayant fait disparaître les difficultés, il n'est plus nécessaire de recourir à l'ablation du moignon utérin par la voie vaginale. La position de Trendelenburg permet de pénétrer à ciel ouvert dans l'excavation pelvienne, jusque dans les parties les plus reculées du cul-de-sac de Douglas.

Les manœuvres des voies vaginale et abdominale combinées, compliquent la scène opératoire, augmentent considérablement les chances d'infection; comme elles peuvent être évitées, dans l'hystérectomie abdominale totale, par une technique plus perfectionnée, nous comprendrons facilement l'abandon où ces méthodes sont actuellement tombées.

Quant à l'hystérectomie abdominale totale, proprement dite, elle est un des exemples les plus frappants de la simplification progressive du ma-

nuel opératoire des grandes interventions ; alors qu'autrefois on multipliait les manœuvres destinées à se mettre à l'abri de l'hémorrhagie que l'on considérait comme particulièrement redoutable, il n'en est plus de même aujourd'hui. On a abandonné les ligatures préalables, les temps compliqués où il fallait, avec des aiguilles d'un modèle spécial, lier les utérines ou les plexus veineux péri-utérins. Aussi, ne nous attarderons-nous pas à discuter la valeur de ces procédés anciens, ne voulant considérer que la technique moderne, telle que nous l'avons exposée dans le chapitre précédent.

Nous avons parlé du nouveau procédé de M. Richelot, il présente certainement des difficultés opératoires tirées de ce fait qu'il pratique le décollement de la vessie comme premier temps, sans avoir libéré la tumeur des ligaments larges et, d'autre part le fait de sectionner non plus les attaches vaginales proprement dites, mais de passer dans le tissu utérin, donne une tranche de section épaisse et suintante plus difficilement adhésive et d'une hémostase également moins commode.

Nous préférons de beaucoup les procédés suivants :

Procédé de Doyen,

Procédé américain, ou de Segond.

M. Doyen a rendu un très grand service à la chirurgie utérine, en montrant qu'il était possible d'enlever rapidement les tumeurs volumineuses de l'utérus par l'hystérectomie abdominale totale sans qu'on ait à redouter l'hémorrhagie. Pourtant, nous

pensons que sa manière de faire est justiciable de certaines restrictions. Est-il bien nécessaire, en effet, d'arracher l'utérus, comme il le fait sans pincement des vaisseaux jusqu'à la fin de l'opération, en laissant perdre à la malade une certaine quantité de sang, sang qui s'accumule dans les parties déclives du bassin et qu'il faudra ensuite enlever au moyen de compresses. De même, l'ouverture du cul-de-sac postérieur est quelquefois difficile dans les formes de fibromes développés aux dépens de la face postérieure de l'utérus. Habituellement, cette ouverture du vagin nécessite l'introduction d'une sonde dans les voies génitales inférieures et d'autre part, il n'est pas toujours facile de saisir le col après cette ouverture du cul-de-sac. Ces critiques, qui sont évidemment des critiques de détail et qui n'enlèvent rien du mérite qu'a eu M. Doyen, en montrant quelle rapidité opératoire on peut obtenir au cours de ces interventions, nous paraissent évitées au moins en grande partie, dans le manuel opératoire adopté par M. Segond.

Il semble qu'il soit plus facile d'ouvrir le cul-de-sac latéral, car il n'est pas besoin alors d'introduire un hystéromètre dans le vagin, de même nous pensons qu'il vaut mieux pratiquer l'hémostase par des pinces à pression, aussitôt que les vaisseaux sont divisés et qu'enfin la dissection régulière de la collerette péritonéale destinée à être suturée dans le bas-fond du pelvis, comme le fait M. Delagénère, est préférable à l'arrachement préconisé par M. Doyen.

Quoiqu'il en soit, ces différents procédés sont évi-

demment très bons, mais ils exposent quand même, dans une certaine mesure, à l'infection de la cavité péritonéale, par les manœuvres que l'on est obligé de faire et qui mettent en contact avec la séreuse les doigts du chirurgien, les compresses et, à un moment donné, la cavité vaginale. Même la modification de M. Goullioud qui sectionne entre deux pinces le vagin ne pare qu'incomplètement à cette dernière cause de septicémie.

Le procédé opératoire de M. Villard, que nous allons exposer dans le prochain chapitre, a pour but de ne pas utiliser seulement la collerette péritonéale comme étant la formation future de deux lambeaux que l'on rabattra sur l'ouverture du vagin pour fermer en bas le pelvis, cette collerette qui doit être taillée très grande, devra être considérée comme une membrane protectrice isolant l'utérus de la grande cavité séreuse. Elle devra former une cupule d'où l'on énucléera la partie inférieure de l'utérus fibromateux, toutes les manœuvres longues et susceptibles d'être infectantes se passant en dehors du péritoine et des anses intestinales.

Nous allons étudier maintenant les détails de cette technique.

CHAPITRE III

Manuel opératoire du procédé d'hystérectomie abdominale totale avec marsupialisation péritonéale temporaire.

A.—*Précautions préliminaires.*— Quelques jours avant l'opération, des grands bains assurent la propreté générale de la malade. Des lavages vaginaux sont pratiqués. Une purgation préalable la veille ou l'avant-veille débarrassera l'intestin de son contenu.

Immédiatement avant l'opération on pratique à nouveau un lavage vaginal, la vessie est évacuée par un cathétérisme, et la désinfection de la paroi abdominale est pratiquée selon les règles habituelles.

La patiente est dans la position fortement inclinée de Trendelenburg, le chirurgien est placé le plus habituellement à sa gauche, à moins de contre-indication due à une particularité anatomique de la tumeur, l'aide principal en face de lui. L'anesthésie, faite à l'éther, conformément aux habitudes lyonnaises, doit être complète, c'est là une condition in-

dispensable pour ne pas être gêné au cours de l'intervention par les anses intestinales projetées au dehors par les contractions du diaphragme.

B. — *Incision abdominale et luxation de la tumeur.*

— Une incision abdominale longue, mais variant évidemment dans ses dimensions suivant le volume de la tumeur à enlever est menée le long de la ligne blanche en commençant à un travers de doigt au dessus du pubis de façon à éviter la vessie qui, quoique préalablement vidée pourrait être étalée et remontée le long de la paroi abdominale. Le péritoine étant incisé est fixé par des pinces hémostatiques. Une main est introduite dans l'abdomen, et se rend compte des connexions de la tumeur. Il est inutile de chercher à luxer la tumeur avec les doigts, si cette manœuvre paraît difficile, il vaut mieux de suite avoir recours au tire-bouchon désenclaveur de Doyen qui vissé solidement dans le tissu fibromateux permet des tractions plus ou moins énergiques sur la tumeur, des mouvements de bascule et de balancement qui la luxent facilement à travers l'incision abdominale. Le désenclaveur est alors confié à un aide qui, au cours de l'intervention, sera chargé de soulever la tumeur, l'incliner à droite ou à gauche suivant les besoins de l'opérateur. Dans les cas de très volumineuses tumeurs, la griffe à poulie de Reverdin facilitera les manœuvres; dans les interventions que nous rapportons cet instrument n'a pas été nécessaire.

C. — *Libération des ligaments larges, décollement de la collerette.* — Aussitôt que la tumeur est luxée au dehors, elle paraît bridée de chaque côté par les ligaments larges tendus et contenant ordinairement un lacis veineux très développé. Il faut de suite se débarrasser de ces attaches ligamenteuses et, dans ce but, deux pinces sont placées de chaque côté sur le pédicule de l'utéro-ovarienne, les ligaments larges sont alors sectionnés entre les deux pinces à leur partie supérieure.

De suite, on doit commencer le tracé de la collerette; la tumeur étant basculée en avant, une incision curviligne, à forte concavité supérieure, unit en passant sur la face postérieure les deux sections qui viennent d'être pratiquées sur les ligaments larges. En avant, une incision semblable est faite mais passant beaucoup plus bas, car il n'est pas besoin, là, d'avoir un grand lambeau péritonéal. On commence alors avec le doigt, à décoller de haut en bas, la séreuse péritonéale, sur les côtés du niveau de l'insertion des ligaments larges et en arrière.

Ce décollement est quelquefois un peu difficile au début; il y a des points où l'on fait des déchirures, mais ceci n'a pas d'importance; en continuant le travail des doigts, on arrive assez vite dans un plan de clivage qui permet de décoller le péritoine rapidement et facilement. Ce décollement est poursuivi en arrière jusque sur le dôme vaginal et sur les côtés jusqu'à la base du ligament large. Un grand lambeau péritonéal postérieur étant ainsi

constitué, son bord libre est saisi par des pinces hémostatiques et rabattu en haut vers la partie supérieure de l'incision abdominale, formant ainsi un tablier qui va protéger et arrêter, dans leur descente, les anses intestinales, en les refoulant au-dessus du détroit supérieur. Une compresse peut venir en aide à cette barrière et être appliquée contre elle. Le décollement étant fait d'une façon identique en avant et la vessie étant isolée, l'utérus fibromateux émerge alors du ventre, sa partie inférieure plongeant dans une sorte d'entonnoir formé par le décollement des lambeaux péritonéaux, qui l'isolent de la grande cavité séreuse. Lorsque, dans le temps suivant, les utérines vont être sectionnées et le vagin ouvert, les liquides contenus dans ce canal ne risqueront plus de souiller le péritoine. A partir de ce moment tout va se passer pour ainsi dire en dehors du ventre.

D. — *Ouverture du vagin et ablation de la tumeur.* — L'utérus ne tient plus alors que par ses insertions vaginales sur lesquelles cheminent, à droite et à gauche, les utérines correspondantes. L'ablation va se faire, comme dans le procédé américain, par bascule de l'utérus de droite à gauche; aussi doit-on commencer à pousser le décollement du ligament large très profondément du côté droit pour sentir le cul-de-sac vaginal correspondant. Souvent, à ce moment, on peut reconnaître le cordon de l'utérine sinueuse se dirigeant transversalement en dehors, et on pourra immédiatement placer une

pince et pratiquer la section. D'autres fois on ne perçoit pas l'artère, il faut alors, sans s'en inquiéter, poursuivre, avec des ciseaux, l'isolement de l'isthme utérin en suivant d'aussi près que possible le tissu de l'organe. A un moment donné, le sang jaillit, c'est l'utérine qui vient d'être sectionnée; on place une pince et l'on continue la dissection jusqu'à l'ouverture du cul de-sac latéral, qui se trouve ainsi pratiquée sans que l'on ait eu à introduire une pince dans le vagin.

Par cette ouverture, on saisit le col avec une pince de Museux pour l'attirer au dehors, la tumeur utérine est basculée fortement à gauche par l'aide auquel on a confié le désenclaveur, et on libère aux ciseaux les attaches vaginales en avant et en arrière. L'utérus n'est plus retenu que par des adhérences vaginales à gauche; en poursuivant leur dissection on tombe sur l'utérine que l'on pince et la tumeur est rapidement enlevée.

Un large tampon, placé sur l'ouverture du vagin, dans la cupule péritonéale laissée vide par l'ablation de la tumeur, assure l'hémostase des petits vaisseaux, pendant que des ligatures sont rapidement jetées sur les artères utérines et utéro-ovariennes.

E. — *Fermeture de la cavité abdominale.* — Aussitôt que l'hémostase est faite, les lambeaux péritonéaux qui étaient relevés le long de l'ouverture abdominale sont libérés; les pinces qui les maintenaient en place sont enlevées, et le contour des lam-

beaux est régularisé aux ciseaux afin de les rabattre sur l'ouverture béante du vagin.

Le vagin n'est pas suturé, c'est là une complication opératoire inutile et qui prolonge les manœuvres. Un tamponnement serré est simplement introduit dans le vagin, tamponnement destiné à oblitérer ce conduit, à assurer l'hémostase de quelques petits vaisseaux saignant au niveau de la tranche de section et à créer, par son ablation, une voie de drainage si celle-ci devenait nécessaire.

Cette conduite vis-à-vis du vagin étant terminée, les deux lambeaux péritonéaux rabattus, recouvrent le tout et sont suturés par un surjet de points de Lembert.

A ce moment, la cavité pelvienne est fermée et elle présente une sorte de ligament large transversal, vide d'utérus et d'annexes et constitué par la suture des deux lambeaux.

Il ne reste plus alors qu'à assécher le péritoine, mais, c'est là, souvent, une manœuvre inutile, car la plupart des manipulations se sont passées en dehors de la grande cavité séreuse, dans l'intérieur de l'entonnoir membraneux, d'où le pôle inférieur de l'utérus a été énucléé.

Une suture méthodique à trois plans assure la fermeture de la paroi abdominale et le pansement est simplement recouvert d'un bandage de corps.

Dans trois de nos observations, les premières, par excès de prudence des compresses de gaze iodoformée ont été placées, pendant quelques jours, en Mickulicz, pour drainer le cul-de-sac postérieur ;

c'est là une complication inutile que nous avons supprimée dans nos derniers cas. Le drainage ne serait de mise que lorsque la dissection du lambeau péritonéal postérieur aurait présenté de grandes difficultés, dans le cas où des crevées de lambeaux se seraient produites, et alors le Mickulicz pourrait protéger contre l'infection possible venue du vagin.

Nous donnons, dans le chapitre suivant, l'analyse des observations qu'a bien voulu nous communiquer M. Villard, et qui permettent d'apprécier les différentes phases opératoires et les particularités cliniques des cas où le procédé ici décrit a été employé.

CHAPITRE IV

Observations

OBSERVATION I.

FIBROME UTÉRIN ET CANCER DU COL. — HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE AVEC MARSUPIALISATION TEMPORAIRE. — DRAINAGE EN MICKULICZ.

La nommée F..., âgée de 49 ans, entre à la Charité, salle Ste-Marguerite, le 5 janvier 1899, pour des métrorrhagies abondantes remontant à environ dix-huit mois. Depuis deux à trois mois ces pertes sont à peu près continues et présentent une odeur fétide. A son entrée, on constate que cette femme est pâle, anémiée et qu'elle a perdu ses forces.

Le toucher permet de constater qu'il existe une tumeur utérine remontant jusqu'à trois travers de doigts au-dessous de l'ombilic. La consistance de la tumeur, sa mobilité donnent l'impression d'un fibrome utérin, mais, en outre, on reconnaît facilement qu'il existe une dégénérescence épithéliale du col utérin; celui-ci est bourgeonnant, ulcéré, saignant facilement lorsqu'on le touche et permettant de ramener, avec l'ongle, de petites parcelles néoplasiques arrachées par le grattage.

Les culs-de-sac vaginaux n'étant pas envahis, la seule intervention rationnelle est l'hystérectomie abdominale totale.

Cette intervention est pratiquée le 11 janvier.

Opération.— Laparotomie sous-ombilicale; la tumeur est attirée au dehors au moyen du désenclaveur; section des pédicules utéro-ovariens entre deux pinces à forcipressure. Décollement d'un grand lambeau péritonéal postérieur et des ligaments larges, de chaque côté de l'utérus. Un lambeau antérieur plus petit isole la vessie. Les utérines sont saisies avec des pinces et sectionnées. L'ouverture du cul-de-sac postérieur est faite suivant le procédé de Doyen, en s'aidant d'une sonde introduite dans le vagin. Les attaches cervicales du dôme vaginal sont ensuite sectionnées circulairement, mais à ce moment on éprouve des difficultés à exercer des tractions sur le col, car les pinces sont appliquées sur le tissu néoplasique qu'elles déchirent.

Néanmoins la tumeur est enlevée, la tranche de section vaginale saignant assez abondamment, un surjet est placé sur elle dans le but d'assurer l'hémostase et de fermer le vagin. A ce moment, les lambeaux péritonéaux qui avaient été relevés pour isoler le champ opératoire sont rabattus et suturés.

Un drainage de sûreté en Mickulicz est placé dans le cul-de-sac postérieur.

Le 20 janvier, le Mickulicz a été enlevé. La température, normale les premiers jours, qui s'était un peu élevée avant l'ablation du Mickulicz, est redevenue normale. La plaie abdominale donne une assez grande quantité de pus.

Le 26 janvier, la plaie abdominale suppurant en assez grande abondance, on établit facilement avec le doigt une communication entre elle et le vagin. Un drain fait communiquer les deux ouvertures.

A partir de ce moment, la cicatrisation marcha régulièrement et la malade sortit guérie.

Commentaire. — Le procédé qui a été employé dans cette observation est, en dehors de l'idée de décollement péritonéal, un peu analogue à celui de Doyen. L'ouverture du cul-de-sac postérieur a été faite sur une sonde, tandis que, dans les observations suivantes, l'ouverture du cul-de-sac latéral sans manœuvres vaginales nous a paru préférable.

Nous avons eu des nouvelles de la malade deux mois après l'opération: il n'y avait pas de traces de récidive.

OBSERVATION II

FIBROME UTÉRIN. — HÉMORRHAGIE. — HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE AVEC MARSUPIALISATION TEMPORAIRE.

La nommée B.... Eugénie, âgée de quarante-six ans, entre le 15 février à la salle Ste-Marguerite, n° 10, pour des pertes utérines abondantes remontant à deux ans. Ces pertes sont à peu près continues; elles affaiblissent beaucoup la malade.

L'examen montre qu'il s'agit d'un fibrome utérin atteignant presque l'ombilic; aussi l'hystérectomie est-elle décidée et, redoutant des manœuvres laborieuses par le vagin, c'est à la voie abdominale que l'on a recours.

Intervention. Laparotomie abdominale: la tumeur facilement luxée, on pratique le décollement systématique des deux valves péritonéales, que l'on fixe avec des pinces hémostatiques aux deux extrémités de l'incision abdominale. L'ablation de la tumeur est réalisée suivant le mode ordinaire.

Après l'adossement sur le vagin des lambeaux péritonéaux, on fait un Mickulicz dans la cavité pelvienne, et un tamponnement vaginal.

21 mars. La malade, dont la courbe thermique a été normale, part guérie. Depuis, la malade a été revue, elle va parfaitement bien et ne présente pas d'éventration.

OBSERVATION III

VOLUMINEUX FIBROME UTÉRIN AVEC MÉNORRHAGIES ABONDANTES.

— HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE AVEC MARSUPIALISATION PÉRITONÉALE TEMPORAIRE. — DRAINAGE DE LA CAVITÉ PELVIENNE PAR UN MICKULICZ. — TAMPONNEMENT VAGINAL GUÉRISON RAPIDE.

D..., veuve P..., âgée de 53 ans. Ne présente pas d'antécédents ni héréditaires ni personnels. Réglée à 16 ans. Deux grossesses dont l'évolution a été normale. Entrée à la Charité le 3 mars 1899.

Le début de l'affection actuelle a passé inaperçu. La mens-

truation, qui avait toujours été très régulière, a été supprimée les mois d'août, de septembre et octobre derniers. Depuis le mois de novembre, la malade a des pertes hémorrhagiques très abondantes, pertes qui surviennent quotidiennement et qui ont déterminé chez cette malade une très grande anémie.

Le ventre est très volumineux, l'augmentation a été considérable, surtout ces derniers mois, mais depuis vingt ans déjà la malade avait un gros ventre.

La malade ne souffre pas.

A l'examen, on sent une masse volumineuse de consistance ferme et en tous les points identique. Cette masse remonte jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus du pubis, elle est mate dans toute son étendue et présente des sillons déterminant des lobes un peu séparés en certains points.

La tumeur est très mobile et entraîne dans ses déplacements le museau de tanche.

Les phénomènes de compression sont peu marqués; la malade se plaint seulement de besoins fréquents d'uriner.

Intervention. — Grande incision abdominale. A travers le péritoine incisé, la tumeur est assez facilement luxée.

Décollement facile d'une grande collerette péritonéale.

Ablation d'une tumeur pesant trois kilogs.

Rabaissement des lambeaux péritonéaux sur la section vaginale. Drainage de la cavité pelvienne par un Mickulicz.

Tamponnement vaginal serré.

Le tamponnement est enlevé au sixième jour après l'opération.

Le 17 avril, soit quarante jours après, la malade, qui n'a présenté aucune élévation thermique, sort complètement guérie.

OBSERVATION IV

FIBROMES MULTIPLES SOUS-PÉRITONÉAUX AVEC POLYPES INTRA-UTÉRINS. — HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE AVEC MARSUPIALISATION PÉRITONÉALE TEMPORAIRE. — PAS DE MICKULICZ. — TAMPONNEMENT VAGINAL.

R., Marie, âgée de quarante-cinq ans. Rien de bien particulier dans les antécédents. Bonne santé antérieure.

Menstruation régulière, abondante, pas douloureuse. Pas de métrorrhagies, mais, en dehors des règles, depuis plusieurs années, un écoulement leucorrhéique très abondant.

C'est cet écoulement qui a décidé la malade à aller trouver un médecin.

A la palpation, on sent dans la fosse iliaque droite deux ou trois masses de la grosseur d'une mandarine, très mobiles, fuyant sous les doigts. Ces masses sont très dures, irrégulières, elles sont indépendantes, mais semblent cependant adhérer à un pédicule commun. Au toucher, les déplacements un peu considérables provoqués sur l'une d'elles semblent déterminer un déplacement analogue sur les autres.

Au toucher vaginal, on sent un col légèrement entrouvert et permettant l'introduction du doigt. Dans la cavité, on sent un polype qui fait saillie.

Les culs-de-sac sont affaissés par la tumeur et les déplacements provoqués sur la tumeur par des pressions abdominales sont transmis à la partie cervicale de l'utérin.

Intervention. — 23 mars. Incision abdominale ordinaire. Excision du péritoine. Ablation de la tumeur en commençant à droite par la ligature des utéro-ovariennes, la section du ligament large, la dissection des deux valves péritonéales en avant et en arrière. Ligature de l'artère utérine droite, ouverture du vagin. Renversement de l'utérus, ligature de l'utérine gauche et ablation de la tumeur. Tamponnement vaginal serré. Fermeture totale de la cavité abdominale sans drainage.

La tumeur pèse 800 gr. A sa surface sont adhérentes quatre masses plus ou moins pédiculées. A l'intérieur de la cavité utérine on trouve un polype assez gros, aplati, occupant toute la cavité. A la coupe, la tumeur présente une teinte pâle, légèrement rosée. Pas de fibres conjonctives. On a affaire à un myome pur.

Moins d'un mois après, le 20 avril, la malade sort de l'hôpital complètement guérie.

OBSERVATION V.

VOLUMINEUX FIBROME AVEC MASSE ABDOMINALE ET MASSE DANS LE CUL-DE-SAC POSTÉRIEUR. — HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE AVEC MARSUPIALISATION PÉRITONÉALE TEMPORAIRE. PELVI-PÉRITONITE CONSÉCUTIVE. — DRAINAGE. — GUÉRISON.

B... Rosalie, femme T..., âgée de 46 ans, entrée à l'hôpital le 25 mars.

La malade n'a rien présenté d'intéressant dans ses antécédents. Pas de grossesse. Réglée à 17 ans. Menstruation autrefois très régulière mais peu abondante.

Il y a 8 ans, la malade s'est aperçue d'une augmentation des ménorrhagies; les pertes mensuelles, très augmentées, n'étaient cependant pas douloureuses. Pas de pertes leucorrhéiques.

Depuis trois mois, les pertes hémorrhagiques n'ont pas lieu seulement pendant la période menstruelle, elles persistent dans les intervalles, quelquefois franchement hémorrhagiques, le plus souvent simplement sanieuses et présentant une odeur repoussante.

L'abdomen est augmenté de volume; la tumeur, de consistance ferme, est difficilement mobilisable.

Intervention. — 30 mars. — Voie abdominale. En pratiquant le décollement du lambeau péritonéal recouvrant la face postérieure du fibrome, il se produit des déchirures du péritoine, déchirures dues peut-être à un peu de précipitation dans le décollement. L'ablation de la tumeur est faite d'après les moyens précédemment décrits.

La suture du péritoine a été difficile et laisse au chirurgien la crainte d'une infection possible à travers les déchirures pratiquées dans la collerette péritonéale. Une mèche est placée dans le vagin. Réunion totale cependant de l'ouverture abdominale.

7 avril. — Une ascension thermique de la malade, quelques douleurs abdominales attirent l'attention. La cavité vaginale est drainée, tandis que les points inférieurs de la suture abdominale sont enlevés pour permettre l'introduction d'un gros

drain que l'on fait plonger profondément dans l'excavation pelvienne.

10 avril. — La température, qui avait baissé à la suite du drainage, continue à se maintenir entre 38°5 et 39° malgré l'absence de signes péritonéaux graves.

15 avril. — Devant la persistance de la température, on établit un drainage abdomino-vaginal.

25 avril. — La température est définitivement tombée, la malade reprend ses forces, la cicatrisation de la plaie se fait progressivement.

Cette malade a présenté pendant les suites de son opération un abcès de la langue dû à la pince à griffes placée pendant l'anesthésie.

La malade quitte l'hôpital, complètement guérie, dans les premiers jours de mai.

OBSERVATION VI

GROS FIBROME DE L'UTÉRUS AVEC PHÉNOMÈNES DE COMPRESSION SUR LE RECTUM. — HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE AVEC MARSUPIALISATION PÉRITONÉALE TEMPORAIRE.

P..., femme B..., âgée de 39 ans, entrée à l'hôpital le 15 avril.

A été réglée à 20 ans. Menstruation alors peu abondante, mais régulière. Une fausse couche de deux mois et demi, il y neuf ans et à l'occasion de laquelle la malade eut une très forte hémorrhagie.

Depuis six mois, la malade éprouve des douleurs lombaires et une sorte de pesanteur dans le ventre. Elle s'est aperçue également de la production d'une tumeur appréciable à travers la paroi abdominale.

Les règles sont devenues plus fréquentes et plus abondantes.

A l'examen, on sent une masse volumineuse très médiane, de consistance très dure.

Par le toucher, on sent dans le cul-de-sac postérieur la partie inférieure de la tumeur plongeant dans l'excavation pelvienne.

Intervention. — 19 avril. Hystérectomie suivant le procédé habituel.

Décollement facile des lambeaux péritonéaux; malgré le développement assez considérable de la partie postérieure de la tumeur, la décortication du lambeau postérieur se fait sans déchirure.

Légère hémorrhagie en nappe qu'on assèche facilement. Suture des lambeaux péritonéaux au-dessus de l'ouverture du vagin. Tamponnement peu serré de la cavité vaginale et on suture la paroi abdominale par première intention.

Le 26 avril. Légère élévation thermique dont la cause reste ignorée.

Le 28 avril. En palpant l'abdomen, on découvre une fine crépitation gazeuse dans la région sus-pubienne à une certaine distance de la ligne de suture de la paroi abdominale. Pensant qu'il s'agit là d'un petit foyer de suppuration développé au niveau des sutures, on enlève les deux derniers fils de celle-ci et en décollant les lèvres de la plaie, on constate que la réunion est parfaite et qu'il n'y a pas de traces d'infection.

Le 29 avril. La température se maintient autour de 38°5. La crépitation gazeuse a plutôt augmenté. Pas de phénomènes péritonéaux.

On pense alors qu'il s'agit d'une infiltration gazeuse sous-péritonéale ayant son point de départ dans le petit bassin au niveau de la tranche de section du vagin. On enlève alors le tamponnement vaginal, un peu de sérosité louche s'écoule et on laisse les choses en place.

Le lendemain, la température est tombée, la crépitation est notablement diminuée.

Le 6 mai. La malade va très bien, la température est normale, toute crépitation gazeuse a disparu. On fait journellement des irrigations vaginales antiseptiques.

La malade sort complètement guérie vers le milieu du mois de mai.

CHAPITRE V

Discussion de la valeur de la méthode.

Pour pouvoir apprécier la valeur du procédé qui a été employé dans les observations précédentes, il nous faut étudier successivement les avantages qu'il peut présenter, ses difficultés et ses inconvénients.

Les avantages principaux résident incontestablement dans la sécurité que confère cette manière de procéder. Cette sécurité relève : *a*) de la protection des organes voisins moins exposés aux blessures accidentelles ; *b*) de la limitation du champ opératoire ; *c*) de la facilité de l'hémostase ; *d*) enfin et surtout de la mise à l'abri de la grande cavité péritonéale.

La dissection de cette grande collerette diminue les chances de blessures possibles des organes voisins ; en effet, le fait de se tenir au ras du tissu utérin évitera que, dans des manœuvres aveugles, l'uretère soit sectionné d'un coup de ciseaux, ou saisi dans les mors d'une pince. En avant, la dissection de

la vessie sera faite sous les yeux d'une façon qui nous semble moins brutale que l'arrachement pratiqué par M. Doyen, enfin le lambeau péritonéal s'opposant à l'issue, dans le champ opératoire, des anses intestinales, évitera une blessure accidentelle de celles-ci.

En second lieu, la limitation rendra les manœuvres et l'hémostase plus faciles. Si une hémorrhagie en nappe se produit, un simple tamponnement asséchera la cavité ; pour une hémorrhagie plus grave, il suffira d'assécher rapidement la cupule péritonéale pour voir le vaisseau qui saigne et le saisir sans que l'on risque de s'égarer en dehors du champ opératoire et que le sang puisse couler dans l'excavation pelvienne et le cul-de-sac de Douglas ; mais où le procédé présente de véritables avantages, c'est surtout au point de vue de la protection du péritoine contre l'infection. — En réalité, le temps pendant lequel on risque d'infecter la grande cavité séreuse est très limité, il se borne aux manœuvres qui consistent à luxer la tumeur en dehors de l'abdomen et à sectionner la partie supérieure des ligaments larges. A partir de ce moment, l'opération devient véritablement extra-péritonéale ; la décortication qui peut être difficile dans la profondeur, l'ouverture du vagin, cavité septique, les manœuvres quelquefois un peu longues d'hémostase, toutes conditions où des fautes d'antisepsie peuvent se produire, se font sans que l'on risque d'infecter la grande cavité séreuse.

Il ne sera donc pas nécessaire de se presser, on

pourra prendre son temps et faire une hémostase minutieuse. Pendant ce temps-là l'intestin ne voit pas le jour et les chances d'infection sont ainsi réduites au minimum.

De même, lorsqu'on rabattra les lambeaux péritonéaux pour fermer le pelvis en bas, on sera surpris de voir que l'excavation abdominale est d'une remarquable propreté, qu'il n'y a point de sang sur les anses intestinales, qu'aucun liquide n'a suinté dans la partie déclive du cul-de-sac postérieur, il suffira de passer légèrement un tampon sur toutes ces surfaces pour en assurer la propreté absolue. Lorsque l'on voudra fermer l'abdomen, toute la cavité péritonéale se trouvera nette comme si rien ne s'était passé.

Les avantages que nous venons d'énumérer paraissent présenter une réelle valeur, mais on a déjà fait quelques objections au sujet de la technique du procédé, objections que nous devons signaler, et auxquelles nous nous efforcerons de répondre.

M. Goullioud, lors de la communication de M. Villard à la Société des Sciences Médicales (*Lyon Médical*, 1899, p. 299), émit l'opinion que le décollement du lambeau péritonéal postérieur était difficile à pratiquer, et que les déchirures qui devaient se produire au cours de ce décollement, rendaient parfaitement illusoire la barrière protectrice créée par le relèvement de la séreuse. Cette difficulté du décollement péritonéal postérieur existe, en effet, mais celui-ci est toujours possible avec un peu de précaution; nous avons vu, dans la description du

manuel opératoire, qu'il fallait le commencer très haut, que l'on avait bien, au début, quelques difficultés, mais que l'on finissait par rencontrer un plan de clivage, permettant l'isolement de la tumeur. Dans les observations que nous rapportons, une seule fois ce décollement a présenté des difficultés, et il s'est produit des déchirures que des manœuvres plus lentes auraient permis d'éviter (Obs. V). M. Goullioud, du reste, a rapporté, depuis, deux observations où, ayant employé le procédé que nous venons de décrire, il a été surpris de la facilité avec laquelle ce décollement s'est opéré.

Le seul accident que nous ayons observé est la présence d'une crépitation gazeuse dans la paroi abdominale à la suite de l'intervention. Le fait, qui nous parut tout d'abord surprenant, est facile à expliquer lorsqu'on songe aux conditions anatomiques créées par l'intervention.

La cheminée ouverte formée par le vagin, recouverte par les lambeaux péritonéaux peut donner passage à de l'air venu du dehors à l'occasion des mouvements inspiratoires; ces gaz peuvent s'accumuler sous le péritoine, décoller le tissu cellulaire sous-péritonéal et fuser vers la paroi abdominale. Pour éviter cet accident capable de provoquer de la suppuration, il suffit de faire un tamponnement vaginal très serré et si, malgré ces précautions, le phénomène se produisait, il faudrait enlever le tamponnement vaginal et créer ainsi un large canal de drainage.

En résumé, il nous semble qu'à côté des avantages sérieux donnés par le décollement péritonéal,

on ne peut mettre en balance qu'une légère difficulté de dissection, mais aucun inconvénient grave; aussi croyons-nous qu'il s'agit là d'un procédé à recommander. La sanction de la clinique est déjà venue confirmer les considérations théoriques que nous avons exposées, des observations ultérieures fixeront sur la valeur définitive de ce procédé.

CONCLUSIONS

I. — Les perfectionnements de la technique opératoire tendent de jour en jour à donner une place prépondérante à l'hystérectomie abdominale totale dans le traitement des gros fibro-myomes de l'utérus.

II. — Les deux grands dangers de l'hystérectomie abdominale totale étaient : 1° l'hémorrhagie ; 2° l'infection péritonéale.

a) L'instrumentation actuelle permet de se rendre maître facilement de l'hémorrhagie.

b) En dehors des précautions antiseptiques ordinaires, certains détails de technique opératoire diminuent de beaucoup le danger d'infection.

III. — A ce point de vue, le décollement de lambeaux péritonéaux protecteurs, tels que le pratique M. Villard, chirurgien des Hôpitaux, semble donner le maximum de sécurité.

Ce procédé consiste essentiellement : *a)* Relever en avant et en arrière une grande collerette péri-

tonéale comme moyen de contention et de protection des anses intestinales ; b) Enucléer ensuite de la cupule ainsi formée le pôle inférieur de l'utérus ; c) Utiliser enfin ces lambeaux temporairement protecteurs à l'occlusion de la cavité péritonéale du pelvis.

IV. — Ce procédé sera indiqué toutes les fois que le volume de la tumeur permettra un décollement suffisant.

V. — Il confère une grande sécurité en diminuant les manœuvres intra-péritonéales et les chances d'infection venues du vagin. Les six cas où il a été employé ont été suivis de guérison.

VU :

Le Président de la Thèse,
LAROYENNE.

VU :

Le Doyen,
LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

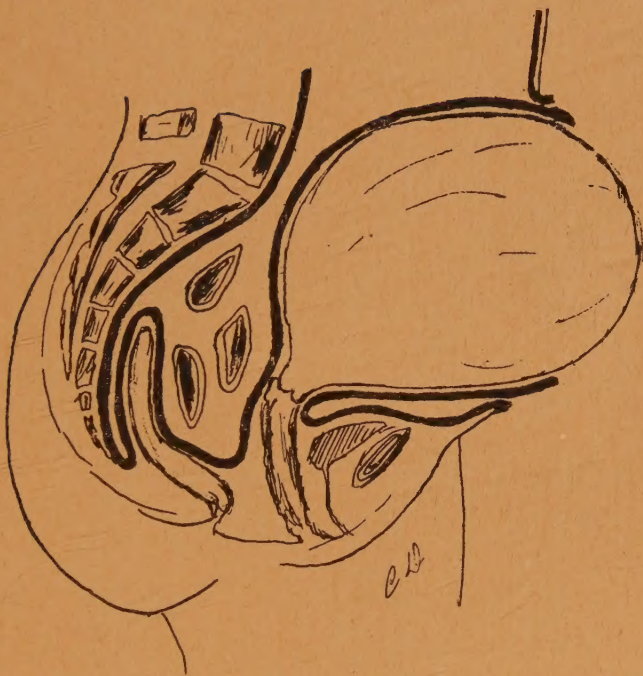
Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
G. COMPAYRÉ.

PLANCHE I



Rapports du péritoine avec la tumeur avant l'intervention.

PLANCHE II



Schema de la cupule péritonéale d'où l'on devra extraire
la tumeur.

